

# Borang Takaful Tuntutan Kemalangan Diri

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO. TUNTUTAN \_\_\_\_\_

Nota: Pengeluaran borang ini bukan pengakuan tanggungan oleh Pengendali Takaful. Sekiranya Pembuat Tuntutan tidak dapat mengisi borang ini sendiri, ia boleh diisikan bagi pihaknya. Borang ini mestilah diisi dengan lengkap, dengan memberikan butir-butir penuh sebarang kejadian yang menjadi asas bagi tuntutan yang dibuat dan dikembalikan kepada Pengendali Takaful di pejabat Pengendali Takaful yang mengeluarkan Sijil dengan secepat mungkin, namun dalam apa pun kes hendaklah dalam masa empat betas hari dari tarikh kemalangan berlaku.

1. a) Nama Penuh  
Pembuat Tuntutan \_\_\_\_\_
- b) No. K/P (Baru) \_\_\_\_\_ (Lama) \_\_\_\_\_
- c) Alamat  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) No Tel \_\_\_\_\_
- e) Perniagaan atau Pekerjaan Semasa:  
\_\_\_\_\_
- f) Tarikh Lahir \_\_\_\_\_
- g) No. Sijil \_\_\_\_\_ Tempoh Takaful: Dari \_\_\_\_\_ Hingga \_\_\_\_\_
2. a) Name Majikan \_\_\_\_\_
- b) Alamat  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) No Tel \_\_\_\_\_
3. a) Tarikh Kemalangan \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_ Pg/ptg/mlm
- b) Tempat Kemalangan \_\_\_\_\_
4. a) Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang anda sedang lakukan pada ketika itu.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Jika kemalangan melibatkan orang (orang-orang) atau kenderaan (kenderaan-kenderaan) lain, sila nyatakan nama dan alamat orang (orang-orang) dan/atau Nombor Pendaftaran kenderaan tersebut.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang anda alami.

---

---

---

---

6. Sila berikan nama dan alamat mana-mana orang yang menyaksikan kemalangan tersebut.

---

---

---

7 a) Sila berikan nama dan alamat Pengamal Perubatan yang merawat anda selepas kemalangan.

---

---

---

b) Adakah beliau Pengamal Perubatan yang biasa merawat anda? Jika tidak, sila nyatakan sebab mengapa anda mendapatkan rawatan daripadanya.

---

---

8 Sila nyatakan sama ada anda berhak untuk mendapat pampasan daripada sumber lain bagi kemalangan ini. Jika ya, sila nyatakan nama syarikat serta jumlahnya.

---

---

9 a) Pernahkah anda terlibat dalam kemalangan sebelum ini? Jika ya, sila berikan butir-butirnya.

---

---

b) Pernahkah anda membuat tuntutan untuk pampasan bagi kecederaan akibat kemalangan daripada mana-mana Syarikat Insurans / Pengendali Takaful? Jika ya, sila nyatakan nama Syarikat Insurans / Pengendali Takaful dan jumlah pampasan.

---

---

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mematuhi segala peraturan dan syarat-syarat Sijil dalam setiap hal dan bahawa saya tidak pernah mengelak daripada melaksanakan pekerjaan biasa saya, sama ada keseluruhan atau sebahagiannya, lebih lama daripada yang benar-benar diperlukan akibat kemalangan tersebut, dan bahawa kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan upaya saya.

Saya dengan ini menjamin kebenaran kenyataan-kenyataan dan butir-butir yang diberikan di atas dalam setiap hal dan saya bersetuju bahawa sekiranya saya telah atau mungkin membuat, dalam sebarang pengakuan selanjutnya yang diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful daripada saya berkaitan tuntutan tersebut, sebarang kenyataan palsu atau penipuan, atau menyembunyikan sebarang fakta penting.

Pengendali Takaful akan menetapkan Sijil sebagai tidak sah dan hak saya untuk mendapat pampasan akan terbatal, dan saya bersedia pada bila-bila masa dikehendaki oleh pegawai Pengendali Takaful untuk membuat perakuan berkanun mengenai kebenaran segala kenyataan yang diberikan di atas, dan mengenai sebarang butir lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful.

Tarikh \_\_\_\_\_

Tandatangan Pembuat Tuntutan \_\_\_\_\_

PERINGATAN - SILA MINTA PENGAMAL PERUBATAN ANDA MENGISI SIJIL PERUBATAN SYARIKAT YANG DILAMPIRKAN KEPADA BORANG INI.



**ISI BORANG INI DENGAN:**  
**1) HURUF BESAR**  
**2) DAKWAT HITAM**

# Borang Takaful Tuntutan Kemalangan Diri

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO. TUNTUTAN \_\_\_\_\_

**BIARKAN  
KOSONG**

Nota: Pengeluaran borang ini bukan pengakuan tanggungan oleh Pengendali Takaful. Sekiranya Pembuat Tuntutan tidak dapat mengisi borang ini sendiri, ia boleh diisikan bagi pihaknya. Borang ini mestilah diisi dengan lengkap, dengan memberikan butir-butir penuh sebarang kejadian yang menjadi asas bagi tuntutan yang dibuat dan dikembalikan kepada Pengendali Takaful di pejabat Pengendali Takaful yang mengeluarkan Sijil dengan secepat mungkin, namun dalam apa pun kes hendaklah dalam masa empat betas hari dari tarikh kemalangan berlaku.

1. a) Nama Penuh  
Pembuat Tuntutan AHMAD BIN ALI

**UNTUK DIISI  
OLEH PENUNTUT**

b) No. K/P (Baru) 789012 30 4567 (Lama) \_\_\_\_\_

c) Alamat A-10-1 AMAZING HEIGHTS APARTMENT, JALAN UDANG KARA, TELUK PULAI, 41250 KLANG,  
SELANGOR DARUL EHSAN

d) No Tel 012-3456789

e) Perniagaan atau Pekerjaan Semasa:  
PEGAWAI MAKLUMAT

f) Tarikh Lahir 12-9-1978

g) No. Sijil \_\_\_\_\_ Tempoh Takaful: Dari \_\_\_\_\_ Hingga \_\_\_\_\_

2. a) Name Majikan MAJLIS PERBANDARAN KLANG

b) Alamat MAJLIS PERBANDARAN KLANG, JALAN MAHKOTA KLANG

c) No Tel 03 3456 7890

3. a) Tarikh Kemalangan 1 Jun 2018 Masa 9.00 Pg/ptg/mmm

b) Tempat Kemalangan JALAN PERSEKUTUAN KLANG

4. a) Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang anda sedang lakukan pada ketika itu.

**LENKAPKAN BUTIR-  
BUTIR KEMALANGAN**

b) Jika kemalangan melibatkan orang (orang-orang) atau kenderaan (kenderaan-kenderaan) lain, sila nyatakan nama dan alamat orang (orang-orang) dan/atau Nombor Pendaftaran kenderaan tersebut.

**LENGGAPKAN BUTIR-  
BUTIR KEMALANGAN**

5. Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang anda alami.

---

---

---

6. Sila berikan nama dan alamat mana-mana orang yang menyaksikan kemalangan tersebut.

---

---

---

7 a) Sila berikan nama dan alamat Pengamal Perubatan yang merawat anda selepas kemalangan.

---

---

---

b) Adakah beliau Pengamal Perubatan yang biasa merawat anda? Jika tidak, sila nyatakan sebab mengapa anda mendapatkan rawatan daripadanya.

---

---

8 Sila nyatakan sama ada anda berhak untuk mendapat pampasan daripada sumber lain bagi kemalangan ini. Jika ya, sila nyatakan nama syarikat serta jumlahnya.

---

---

9 a) Pernahkah anda terlibat dalam kemalangan sebelum ini? Jika ya, sila berikan butir-butirnya.

---

---

b) Pernahkah anda membuat tuntutan untuk pampasan bagi kecederaan akibat kemalangan daripada mana-mana Syarikat Insurans / Pengendali Takaful? Jika ya, sila nyatakan nama Syarikat Insurans / Pengendali Takaful dan jumlah pampasan.

---

---

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mematuhi segala peraturan dan syarat-syarat Sijil dalam setiap hal dan bahawa saya tidak pernah mengelak daripada melaksanakan pekerjaan biasa saya, sama ada keseluruhan atau sebahagiannya, lebih lama daripada yang benar-benar diperlukan akibat kemalangan tersebut, dan bahawa kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan upaya saya.

Saya dengan ini menjamin kebenaran kenyataan-kenyataan dan butir-butir yang diberikan di atas dalam setiap hal dan saya bersetuju bahawa sekiranya saya telah atau mungkin membuat, dalam sebarang pengakuan selanjutnya yang diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful daripada saya berkaitan tuntutan tersebut, sebarang kenyataan palsu atau penipuan, atau menyembunyikan sebarang fakta penting.

Pengendali Takaful akan menetapkan Sijil sebagai tidak sah dan hak saya untuk mendapat pampasan akan terbatal, dan saya bersedia pada bila-bila masa dikehendaki oleh pegawai Pengendali Takaful untuk membuat perakuan berkanun mengenai kebenaran segala kenyataan yang diberikan di atas, dan mengenai sebarang butir lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful.

**UNTUK DIISI OLEH  
PENUNTUT**

Tarikh 1 Julai 2018

Tandatangan Pembuat Tuntutan Ahmad

PERINGATAN - SILA MINTA PENGAMAL PERUBATAN ANDA MENGISI SIJIL PERUBATAN SYARIKAT YANG DILAMPIRKAN KEPADA BORANG INI.

# Sijil Perubatan Tuntutan Kemalangan

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO. TUNTUTAN \_\_\_\_\_

Nota: 1) Pengeluaran borang ini bukan bermakna Pengendali Takaful mengaku tanggungan. Sebarang Tuntutan tidak akan diiktiraf melainkan Sijil Perubatan Ini telah diisi oleh Pengamal Perubatan berdaftar dan diserahkan kepada Pengendali Takaful secepat mungkin.  
2) Sijil Perubatan ini hendaklah diperolehi atas perbelanjaan Peserta sendiri.

1. a) Nama pesakit \_\_\_\_\_  
b) No. K/P (Baru) \_\_\_\_\_ (Lama) \_\_\_\_\_  
c) Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Jantina \_\_\_\_\_  
d) Perniagaan/Pekerjaan \_\_\_\_\_
2. a) Tarikh Kemalangan \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_ pg/ptg/mlm  
b) Punca Kecederaan \_\_\_\_\_  
c) Sila nyatakan dengan jelas butir-butir kecederaan yang dialami oleh pesakit.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
d) Sila nyatakan butir-butir rawatan yang diberikan kepada pesakit.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
e) Adakah pesakit dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tempohnya.  
\_\_\_\_\_
3. a) Adakah anda pengamal perubatan yang biasa merawat pesakit ini? Jika ya, sudah berapa lamakah anda mengenali pesakit dan apakah penyakit atau kecederaan yang pernah anda rawat?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan kejadian kemalangan yang diterangkan oleh pesakit kepada anda?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
c) Adakah pesakit mengalami sebarang penyakit atau masalah fizikal pada masa kemalangan berlaku?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
d) Adakah apa-apa sejarah perubatan atau kehilangan upaya sebelumnya yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan tersebut atau yang mungkin melambatkan pemulihan pesakit?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan-bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan berlaku?

---

---

4. a) Apakah keadaan kecederaan pada masa ini? Jika sudah pulih, sila nyatakan tarikh pemulihan.

---

---

b) Sila nyatakan tarikh-tarikh anda melawat pesakit dan/atau tarikh-tarikh pesakit datang menemui anda mulai dari tarikh kemalangan.

---

---

5. Berlandaskan pekerjaan beliau sebagai \_\_\_\_\_, apakah pandangan anda tentang hilang upaya yang dinyatakan berikut :

i) Hilang Upaya Keseluruhan Sementara ( HUKS ),

dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

ii) Hilang Upaya Separa Sementara ( HUSS ),

dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

DENGAN INI SAYA MENGESAHKAN BAHAWA SAYA TELAH MEMERIKSA ORANG YANG DINAMAKAN DI ATAS DAN BAHAWA SEJAUH YANG SAYA KETAHUI DAN PERCAYAI KENYATAAN YANG SAYA BERIKAN DI ATAS ADALAH BENAR.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

Kelayakan: \_\_\_\_\_

# Sijil Perubatan Tuntutan Kemalangan

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO. TUNTUTAN \_\_\_\_\_

**BIARKAN  
KOSONG**

Nota: 1) Pengeluaran borang ini bukan bermakna Pengendali Takaful mengaku tanggungan. Sebarang tuntutan tidak akan diiktiraf melainkan Sijil Perubatan Ini telah diisi oleh Pengamal Perubatan berdaftar dan diserahkan kepada Pengendali Takaful secepat mungkin.  
2) Sijil Perubatan ini hendaklah diperolehi atas perbelanjaan Peserta sendiri.

1. a) Nama pesakit AHMAD BIN ALI  
b) No. K/P (Baru) 789012 30 4567 (Lama) \_\_\_\_\_  
c) Tarikh Lahir 12-9-1987 Jantina LELAKI  
d) Perniagaan/Pekerjaan PEGAWAI MAKLUMAT

**UNTUK DIISI OLEH  
DOKTOR YANG  
MERAWAT**

2. a) Tarikh Kemalangan 1 Jun 2018 Masa 9.00 pg/ptg/mlm

b) Punca Kecederaan \_\_\_\_\_

c) Sila nyatakan dengan jelas butir-butir kecederaan yang dialami oleh pesakit.

\_\_\_\_\_

d) Sila nyatakan butir-butir rawatan yang diberikan kepada pesakit.

\_\_\_\_\_

e) Adakah pesakit dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tempohnya.

\_\_\_\_\_

3. a) Adakah anda pengamal perubatan yang biasa merawat pesakit ini? Jika ya, sudah berapa lamakah anda mengenali pesakit dan apakah penyakit atau kecederaan yang pernah anda rawat?

\_\_\_\_\_

b) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan kejadian kemalangan yang diterangkan oleh pesakit kepada anda?

\_\_\_\_\_

c) Adakah pesakit mengalami sebarang penyakit atau masalah fizikal pada masa kemalangan berlaku?

\_\_\_\_\_

d) Adakah apa-apa sejarah perubatan atau kehilangan upaya sebelumnya yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan tersebut atau yang mungkin melambatkan pemulihan pesakit?

\_\_\_\_\_

e) Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan-bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan berlaku?

---

---

4. a) Apakah keadaan kecederaan pada masa ini? Jika sudah pulih, sila nyatakan tarikh pemulihan.

---

---

b) Sila nyatakan tarikh-tarikh anda melawat pesakit dan/atau tarikh-tarikh pesakit datang menemui anda mulai dari tarikh kemalangan.

---

---

5. Berlandaskan pekerjaan beliau sebagai \_\_\_\_\_, apakah pandangan anda tentang hilang upaya yang dinyatakan berikut :

i) Hilang Upaya Keseluruhan Sementara ( HUKS ),

dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

ii) Hilang Upaya Separa Sementara ( HUSS ),

dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

DENGAN INI SAYA MENGESAHKAN BAHAWA SAYA TELAH MEMERIKSA ORANG YANG DINAMAKAN DI ATAS DAN BAHAWA SEJAUH YANG SAYA KETAHUI DAN PERCAYAI KENYATAAN YANG SAYA BERIKAN DI ATAS ADALAH BENAR.

**UNTUK DIISI OLEH  
DOKTOR YANG  
MERAWAT**

Tandatangan:

*Rahman*

Alamat:

CURE & CARE MEDICAL CENTRE

Tarikh:

3 JUN 2018

Kelayakan:

ORTHOPEDIC CONSULTANTS

# E-Payment Registration Form

---

New Registration       Change of Details

## Part I. Beneficiary Details

Name of Applicant/ Company \_\_\_\_\_

NRIC No. / Co. Registration No. \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_

Person In-Charge Name    1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Email Address                1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Telephone No.                1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

## Part II. \* Beneficiary Banking Details

Name of Bank \_\_\_\_\_

Bank Address \_\_\_\_\_

Bank Account No. \_\_\_\_\_ SWIFT Code \_\_\_\_\_

IBAN Code (If applicable) \_\_\_\_\_

## Part III. Declaration

I/We hereby request that payment(s) due and payable to me/us by Zurich General Takaful Malaysia Berhad be paid to my/our bank account stated above by way of Inter-bank Giro/RENTAS/TT and confirm that :-

1. I/We consent to Zurich General Takaful Malaysia Berhad releasing the above data to its banker(s). In order to facilitate payment(s) to me/ us by way of Inter-bank Giro/RENTAS/TT.
2. All information provided herein are correct and accurate.
3. My/Our request herein shall be irrecoverable without the consent of Zurich General Takaful Malaysia Berhad. Zurich General Takaful Malaysia Berhad may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me/us by other mode(s).
4. I/We shall keep Zurich General Takaful Malaysia Berhad and its banker(s) indemnified against any loss and/or damage howsoever arising from any matters in relation to Inter-bank Giro/RENTAS/TT requested by me/us herein including but not limited to error/misdescription in information furnished, delayed payment(s) and any other circumstances beyond Zurich General Takaful Malaysia Berhad and its banker(s)'s control.

Authorised Signatory (ies) \_\_\_\_\_ Company Stamp \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Designation \_\_\_\_\_

**Part IV. ZurichGeneral Takaful Malaysia Berhad Office Use Only**

Department/Branch \_\_\_\_\_

Profile  Agent  Workshop  Adjuster  Vendor  Others, please specify \_\_\_\_\_

Agent/Workshop/Adjuster/Vendor Code \_\_\_\_\_

Entered by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Verified by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\* Important :**

1. This facility allows payment to be credited into the above mentioned account only.
2. Please attach (i) copy of NRIC or Passport or Business Registration Form whichever is applicable and (ii) 1st page of (a) your bank statement; or (b) your bank saving book showing the account name and account number; or (c) details of your bank account obtained from your bank's website that has been certified by your bank; or (d) letter from your bank confirming your bank account details.

# E-Payment Registration Form

New Registration     Change of Details

## Part I. Beneficiary Details

Name of Applicant/ Company KESHAV RAO A/L MAHENDRAN

NRIC No. / Co. Registration No. 860716-43-5639

Address NO 45, JALAN MENTARI, TAMAN PALMGROVE  
43120 KLANG SELANGOR

Telephone No. 016-5054075 Fax No. NIL

Person In-Charge Name 1. \*TIDAK PERLU DIISI 2. \*TIDAK PERLU DIISI

Email Address 1. keshavrao23@hotmail.my 2. \_\_\_\_\_

Telephone No. 1. 012-3130975 2. \_\_\_\_\_

**\*WAJIB DIISI UNTUK  
MENERIMA PENYATA  
BAYARAN**

## Part II. \* Beneficiary Banking Details

Name of Bank OBC BANK

Bank Address OBC BANK, 17 JALAN STESEN, KAW 5, 41250 KLANG

Bank Account No. 501123956001 SWIFT Code \*TIDAK PERLU DIISI

IBAN Code (If applicable) \_\_\_\_\_

## Part III. Declaration

I/We hereby request that payment(s) due and payable to me/us by Zurich General Takaful Malaysia Berhad be paid to my/our bank account stated above by way of Inter-bank Giro/RENTAS/TT and confirm that :-

1. I/We consent to Zurich General Takaful Malaysia Berhad releasing the above data to its banker(s). In order to facilitate payment(s) to me/ us by way of Inter-bank Giro/RENTAS/TT.
2. All information provided herein are correct and accurate.
3. My/Our request herein shall be irrecoverable without the consent of Zurich General Takaful Malaysia Berhad. Zurich General Takaful Malaysia Berhad may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me/us by other mode(s).
4. I/We shall keep Zurich General Takaful Malaysia Berhad and its banker(s) indemnified against any loss and/or damage howsoever arising from any matters in relation to Inter-bank Giro/RENTAS/TT requested by me/us herein including but not limited to error/misdescription in information furnished, delayed payment(s) and any other circumstances beyond Zurich General Takaful Malaysia Berhad and its banker(s)'s control.



